Aus dem Knappschaftslazarett Ruda-Nord O/S.
(Chefarzt: Dr. med. Becker.)

Multiple zentrale Enchondrome der Hand.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Florian Ogan,
approb. Arzt aus Ruda-Nord O/S.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Küttner.

Für die klinische Bedeutung und Beurteilung der Knorpelgeschwülste ist ihre an den verschiedenen Körperteilen beobachtete Lokalisation maßgebend. Haben sie ihren Sitz an schon normalerweise bestehenden Knorpelstellen wie Symphyse, Rippenknorpel, Ohrmuscheln, dann werden sie als Enchondrome bezeichnet und weisen einen stets gutartigen Geschwulstcharakter auf. Als etwas Außergewöhnliches muten uns diejenigen Chondrome an, die in Weichteilen auftreten, wo also nie knorpliges Gewebe vorhanden gewesen ist wie Zwerchfell, Deltamuskel, Parotis u. a. m. Wenn sie auch nicht immer ganz reine Geschwülste darstellen, so kommt doch in ihnen das knorplige Gewebe zur vorherrschenden Entwickelung. Ihre Entstehungsweise führt man auf Aberration eines Knorpelkeimes zurück. Das größte Interesse erfordern jedoch die am häufigsten und deshalb klinisch beachtenswertesten Enchondrome, die das Spezifische für sich haben, daß sie am Skelettsystem auftreten und zwar nur an denjenigen Knochen, die knorplig präformiert sind. Je nach ihrem Sitz, ob sie am oder im Knochen wachsen, teilt man sie in periphere und zentrale Enchondrome ein. Sie treten meist multipel auf und können zu großen Dimensionen heranwachsen. Wenn sie auch hier jeden beliebigen Skeletteil befallen können, so bevorzugen sie doch in erster Linie die kurzen Röhrenknochen und pflegen meist im Bereiche der Diaphyse und zwar in den der Epiphyse nahegelegenen Abschnitten zu liegen. Die sogenannte „Olliersche Wachstumsstörung", unter der Wittek eine regelmäßige Halbseitigkeit des enchondromatösen Prozesses verstehen will, lehnt Frangenheim auf Grund seiner

Beobachtung ab. Die Genese der Enchondrome wird nach Virchow einmal zurückgeführt auf die sogenannten Knorpelinseln, die vom Intermediärknorpel abgesprengt werden und später selbständig wachsen, dann aber auch auf ein Persistieren nicht ossifizierter Knorpelreste aus der Fötalzeit. Im ähnlichen Sinne sprechen sich auch v. Recklinghausen, Borst, Ribbert aus. Das ursächliche Moment für die primäre Erkrankung der Ossifikationsstörung bleibt jedoch unaufgeklärt, wenn auch Virchow und v. Recklinghausen hierbei auf Rachitis, letzterer Autor außerdem noch auf eine Aplasie der Blutgefäße hingewiesen haben. Es müssen Störungen angenommen werden, die intrauterin einwirken und sich im extrauterinen Leben fortsetzen. Histologisch-mikroskopisch bestehen die Enchondrome aus hyalinem Knorpel mit Knorpelzellen, die gewöhnlich in einer Kapsel liegen. Oft metamorphosiert die Grundsubstanz, indem sie verkalkt oder verknöchert. Im letzteren Falle nähern sich die Enchondrome den cartilaginären Exostosen. Erweicht die Grundsubstanz und fehlt außerdem noch die Perichondriumschicht, dann werden die Knorpelgeschwülste durch ihr infiltratives Wachstum recht bösartig. Außer der malignen, sarkomatösen Entartung mit Metastasenbildung können nach Ernst die vom Tumor ausgehenden Blut- und Lymphgefäße mit enchondromatösen Massen angefüllt werden und so die Prognose ernst gestalten. In unserem Falle handelt es sich um multiple, zentrale, bis über gänseeigroße Enchondrome an den Phalangen und Metakarpen der rechten Hand eines 16 jährigen Arbeiters, dessen Anamnese keine Anhaltspunkte für eine früher schon bestehende Skeletterkrankung ergab. Die Röntgenaufnahme der Hand bestätigte unsere Diagnose. Die anfangs bestehende Schwellung der regionären Achseldrüsen ist später ganz zurückgegangen, sodaß ein Zusammenhang dieser mit den Handtumoren nicht in Frage kam, sondern wahrscheinlich ein alter, entzündlicher Prozeß an der Hand als Ursache für dieselbe anzusehen ist. Durch die histologische Untersuchung wurde ein gutartiger Geschwulstcharakter unserer

Tumoren festgestellt und eine bösartige Entartung derselben ausgeschlossen. Nach in lokaler Anästhesie vorgenommener Extirpation der Enchondrome ist ein äußerst zufriedenstellendes Heilungsresultat erzielt worden. Die Handknochen sind von den Tumoren freigeblieben bis auf ein etwa walnußgroßes Rezidiv, das nach 6 Monaten eintrat und dessen Elimination Patient leider ablehnte. Das eine Rezidiv erscheint aber belanglos im Hinblick darauf, daß die anfangs stark verunstaltete Hand nach der Operation fast die normale Form wiedererlangte und auch die infolge der Tumoren im höchsten Grade eingeschränkte Fingerbeweglichkeit so gut wiederhergestellt worden ist, daß die Abeitsleistung einer normalen gleichgestellt werden konnte.